

健康診断 個人票

健康診断受診日：

氏名			生年月日		
			性別		
業務歴			貧血検査	血色素量	(g/dl)
				赤血球	($10^4/\mu\text{l}$)
既往歴			肝機能検査	AST(GOT)	(U/l)
				ALT(GPT)	(U/l)
				γ -GTP	(U/l)
自覚症状			脂質検査	総コレステロール	(mg/dl)
他覚症状				中性脂肪	(mg/dl)
身長	(cm)			HDL	(mg/dl)
体重	(kg)			LDL	(mg/dl)
BMI			血糖検査	空腹時血糖値	(mg/dl)
腹囲	(cm)			HbA1c	(%)
血圧(mmHg)	/		尿検査	尿糖	
視力	右：			蛋白	
	左：			潜血	
	矯正：			ウロビリノーゲン	
色覚			心電図検査	正常範囲	
聴力	右	1000Hz	その他検査		
		4000Hz			
	左	1000Hz	医師の診断		
		4000Hz			
胸部レントゲン	直接撮影		医師の意見	就業に問題なし	
			健康診断を実施した医療機関と医師の氏名 〒810-0041 福岡市中央区大名2丁目9-1 ヒューベスト天神ビル6階 TEL：092-406-6692 FAX：092-406-6693 赤坂乳腺クリニック 御鍵 寛孝 (印)		
備考：					